

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Hématomes traumatiques
de la Cloison nasale
Leur Bilatéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert POULIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Septembre 1903, à UCHIZY (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES HEMATOMES
TRAUMATIQUES DE LA CLOISON NASALE
Leur Bilatéralité



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1927-1928 N° 8

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
des Hématomes traumatiques
de la Cloison nasale
Leur Bilatéralité

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert POULIN

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 26 Septembre 1903, à UCHIZY (Saône-et-Loire)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales	MM. PIC.
Cliniques médicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	X.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	X.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
	SAVY.
	LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALLIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. COLLET, président ; LAROYENNE, assesseur
CHALIER J. et DEVIC, agrégés.



La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Puissent-ils trouver ici le témoignage de ma vive affection et de la reconnaissance que je leur dois pour les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

*Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.*

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-MAJOR DE 1^{re} CLASSE BERTEIN

*Professeur-agrégé du Val-de-Grâce
Chevalier de la Légion d'honneur* ..

Il nous a inspiré le sujet de ce tra-
vail. Toujours nous avons trouvé en
lui un Maître disposé à nous éclairer
de ses conseils.

Nous sommes heureux de lui dire
ici toute notre respectueuse recon-
naissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAROYENNE

Chirurgien des Hôpitaux.

Il a été notre Maître. Nous le re-
mercions de son enseignement et de
l'honneur qu'il nous fait en accep-
tant de juger notre thèse.

A MES JUGES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

Externat :

MM. LES DOCTEURS : VIGNARD,
LAROYENNE
DESGOUTTES,
REBATTU,
ROUBIER,
PROFESSEUR BARD.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HÉMATOMES
TRAUMATIQUES DE LA CLOISON NASALE
Leur Bilatéralité

Introduction et Historique

Si dans son traité des Maladies des fosses nasales édité en 1804, Deschamps ne les signale pas, les hématomes et plus généralement les collections pathologiques de la cloison nasale ont été du moins par la suite, l'objet de travaux nombreux.

Les premières observations remontent à Cloquet (1830) et Fleming (1833). Les observations se multiplient ensuite. La thèse de Beaussenat (Paris, 1864), est le premier travail d'ensemble sur la question. Quelques années plus tard, en 1876, dans son mémoire sur les affections de la cloison nasale en général, Casabianca étudie rapidement au passage les hématomes et abcès de la cloison. Ce sont ensuite les travaux de Morell-Mackenzie, Luc, Moure, Strazza, Lacoarret. Puis plus récemment, Fischenich et Wroblewski dans les Archives de Laryngologie et Rhinologie de Frankel, Lange et Bergmann dans le

Traité de Rhinologie et Laryngologie de Heymann, mettent au point la question. La thèse d'Epaud parue en 1909 et celle de Beynes en 1912 sont les derniers travaux d'ensemble sur la question.

Tous ces auteurs ont l'attention attirée sur une particularité curieuse de l'affection : *l'hématome des fosses nasales est souvent bilatéral*. Toutefois, tous n'en donnent pas l'explication : Beaussenat consacre une dizaine de lignes à cette particularité. Zuckerkandl émet certaines hypothèses, mais elles ne peuvent s'appliquer à tous les cas. Epaud passe le fait sous silence.

Reprenant à notre tour la question, sous l'inspiration de M. Bertein, à la suite d'un article paru en juin 1926 dans les Archives Internationales de Laryngologie, nous nous attacherons tout particulièrement à l'étude du mécanisme d'apparition des hématomes traumatiques, recherchant dans l'anatomie de la cloison et dans son régime vasculaire la cause de leur bilatéralité constante.

Notre travail s'ouvre donc par un chapitre essentiel d'anatomie. Puis, nous envisagerons, partant de notions anatomiques précises, vérifiées par dissections, les différentes pathogénies de l'affection. Nous étudierons ensuite plus rapidement son allure clinique, les complications qui l'aggravent. Nous terminerons par un chapitre de thérapeutique, apportant en fin de notre travail, en même temps que d'autres faits semblables, deux observations que nous a confiées M. Bertein, dans lesquelles des constatations rhinos-

copiques, faites de bonne heure, ne permettent pas d'envisager la bilatéralité comme une complication tardive d'un hématome primitivement unilatéral, mais au contraire comme une lésion constituée telle d'emblée.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie - La structure de la cloison Sa vascularisation

Nous étudierons dans ce chapitre la constitution de la cloison des fosses nasales, ses rapports avec la muqueuse pituitaire, et le régime vasculaire auquel celle-ci est soumise. Notre attention se portera surtout sur le segment antérieur et inférieur du septum, là même où les hématomes se manifestent à peu près exclusivement.

La cloison des fosses nasales est constituée par un assemblage de pièces diverses, osseuses, cartilagineuses, unies par du tissu fibreux. Mais en fait, sous cette variété de constitution apparente, la cloison est *une*. A l'origine, en effet, c'est une lame de tissu conjonctif tendue dans un plan sagittal entre les deux cavités. Ce tissu conjonctif s'organise par la suite progressivement. Par endroits, sa différenciation est

poussée jusqu'à la constitution d'un véritable tissu osseux : lame perpendiculaire de l'ethmoïde, vomer. Moins différenciée en d'autres zones, la lame conjonctive originelle se chondrifie : c'est le cartilage de la cloison. En d'autres points enfin, la cloison reste conjonctive et nous aurons à insister sur un segment du septum, uniquement fibreux, que nous décrirons à la partie inférieure de la pyramide nasale. De plus, à quelque niveau qu'on l'envisage, la cloison est flanquée de chaque côté, d'une couche fibreuse, vestige elle aussi du septum conjonctif originel : c'est le périchondre, qui solidarise étroitement les constituants divers, mais de même origine, du septum nasal.

Etudions-le maintenant en détail, mais en portant notre attention exclusivement sur le segment cloisonnant la pyramide nasale, laissant de côté les notions au reste bien établies touchant la constitution du septum au niveau des fosses nasales proprement dites. C'est au niveau de la base de la pyramide que se constituent les hématomes envisagés par nous, et c'est la cloison pyramidale seule qui nous intéresse.

En haut, elle est constituée par la partie tout antérieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, et du vomer. Plus bas, c'est le cartilage quadrangulaire qui représente cette cloison pyramidale à peu près en totalité. Le cartilage quadrangulaire est une lame verticale, épaisse de un à deux millimètres, placée de champ au milieu de la cavité nasale. L'extrémité supérieure a la forme d'un angle saillant, allant s'encastrer dans l'angle rentrant que forme la cloison

osseuse, c'est-à-dire la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et le vomer. Son bord supérieur, plus exactement antéro-supérieur, est sous-cutané et en rapport avec le bord interne des cartilages latéraux. Quant au bord inférieur, nous aurons à en reparler dans un instant.

Le cartilage quadrangulaire ne constitue pas à lui seul toute la cloison. Au-dessous de son bord inférieur, nous trouvons encore, formant l'armature de la sous-cloison, les deux branches internes des cartilages narinaires. Ces cartilages narinaires, situés de part et d'autre de la ligne médiane, au-dessous de la cloison cartilagineuse, sont recourbés en crochets. Le Professeur Jacques les compare à « une demi-ellipse dont l'ouverture regarde en arrière et dont le sommet répond au bout du nez ». Ils présentent donc deux branches; une externe, longue, large, oblique en arrière et en dehors, sert de support à la narine et la maintient béante. L'autre, interne, plus courte, horizontale, se dirige d'avant en arrière près de la ligne médiane et vient par une extrémité effilée s'attacher à l'épine nasale antérieure. Les deux branches internes des cartilages narinaires sont donc disposées en canon de fusil, séparées toutefois par un peu de tissu conjonctif. Recouvertes par la peau de la sous-cloison, elles réalisent ainsi sur une faible hauteur la séparation entre les deux cavités narinaires.

Si nous envisageons à présent, le mode d'union des segments osseux et cartilagineux de cette cloison pyramidale, nous constatons qu'en haut, le cartilage

quadrangulaire s'unit étroitement à la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et au vomer, réalisant une véritable synarthrose. En bas, le mode d'union du bord cartilagineux avec les branches internes des cartilages narinaires, se fait par une articulation lâche : du bord inférieur du cartilage quadrangulaire, se détachent des trousseaux fibreux qui, sur une hauteur de un demi à deux centimètres, viennent combler le vide existant entre les deux pièces cartilagineuses, et s'insérer en bas sur le bord supérieur des deux cartilages de la sous-cloison. Cette sorte d'*articulation interchondrale* est encore maintenue, à la périphérie, par le périchondre qui s'étale, à ce niveau comme ailleurs, sur les deux faces du septum. La laxité de cette articulation est évidente. Il suffit pour s'en convaincre, de saisir la sous-cloison entre les doigts et de la mobiliser : on percevra alors, outre des mouvements de large amplitude, l'existence de cette faille interchondrale, comblée de tissu fibreux, sur laquelle nous insistons à dessein, que nous verrons plus loin vascularisée par des branches émanées de l'artère de la sous-cloison, faille interchondrale où nous trouvons, pour le dire de suite, et réservant les détails pour plus tard, la cause de la bilatéralité des hématomes.

Par dessus le squelette de la cloison, comme du reste de l'ensemble des fosses nasales, s'étale la pituitaire. Cette muqueuse présente une épaisseur moyenne de deux millimètres. Elle s'épaissit en haut et en arrière au niveau du tubercule de la cloison. Elle s'amincit au contraire à son maximum, au

niveau des parties basses du cartilage quadrangulaire et de la faille conjonctive sous-jacente. Son adhérence au squelette est assez intime, et elle constitue suivant la dénomination de Renaut une fibromuqueuse, plus ou moins adhérente suivant la région, mais susceptible de se décoller surtout au niveau de la cloison, quand un traumatisme porte son action sur le septum nasal. Pour Bargy, il existerait une zone d'adhérence, moindre à la partie antérieure du cartilage quadrangulaire, ce qui expliquerait la facilité des collections pathologiques juxtaposées à cet endroit, et beaucoup plus grande au niveau de la sous-cloison, ce qui permettrait de comprendre pourquoi elles ne diffusent pas par en bas.

Microscopiquement, cette muqueuse présente en allant de la surface à la profondeur, essentiellement deux couches : un épithélium et un chorion. C'est un épithélium cylindrique à cils vibratils, tendant à se transformer progressivement en épithélium pavimenteux stratifié au niveau du bord libre de la narine.

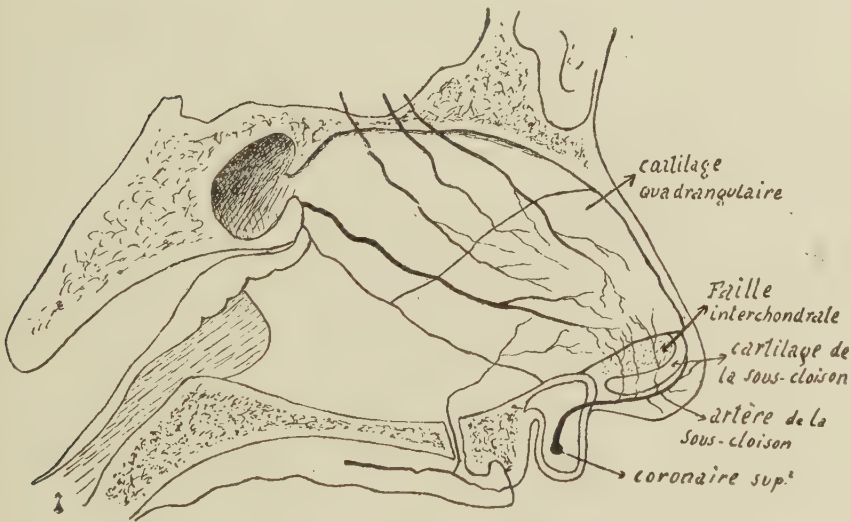
Le chorion sous-jacent est constitué par une charpente conjonctive dont les faisceaux affectent une direction commandée par les glandes et les vaisseaux. A sa partie superficielle, le chorion s'épaissit en une sorte de membrane, dite membrane basale, bien vue par les auteurs. La partie profonde du chorion est en rapport intime avec le périchondre auquel elle adhère fortement. Il existe bien entre les deux, un plan de clivage, et l'on peut quelquefois, quand on intervient pour réséquer une cloison déviée, sépa-

rer par erreur les deux couches l'une de l'autre. Mais la véritable zone décollable, et c'est là le point essentiel, se trouve entre le périchondre et le cartilage : c'est là que se localisent les hématomes.

Cette muqueuse possède une vascularisation extrêmement riche. En 1895, dans son Anatomie normale et pathologique des fosses nasales, Zuckerkandl en faisait une étude à laquelle on n'a presque rien ajouté depuis. Plus récemment, le Professeur Jacques en a précisé certains détails. Il est à noter que cette étude de la vascularisation de la cloison a été surtout faite, si nous pouvons nous exprimer ainsi, en allant de haut en bas, c'est-à-dire en partant de l'artère sphéno-palatine, artère essentielle des fosses nasales, et en la suivant jusqu'à sa terminaison vers les régions antéro-inférieures de la pyramide nasale. On a, par contre, peu insisté sur cette autre voie d'apport sanguin, réalisée de bas en haut par l'artère de la sous-cloison, et c'est précisément sur cette vascularisation basse, que nous insisterons dans un instant.

D'après Zuckerkandl, la voie d'apport principale est donc l'artère sphéno-palatine, branche terminale de la maxillaire interne. Pour la suivre dans ses plus fines ramifications, Zuckerkandl injectait la maxillaire interne tout près de sa terminaison et faisait les constatations suivantes : la sphéno-palatine pénètre dans les fosses nasales par le trou sphéno-palatin, et de suite après son origine, parfois même avant d'être entrée dans la cavité nasale, elle se divise en deux

branches : une externe pour les cornets et les méats, qui ne nous intéresse pas, et une interne pour la cloison : l'artère naso-palatine ou artère de la cloison. « La naso-palatine entre dans la cavité nasale immédiatement au-dessus du cornet moyen et se divise sur la cloison en deux branches, l'une supérieure, l'autre inférieure. La première de ces branches, la plus petite, se trouve sur la lame perpendiculaire, la



Les artères de la région basse de la Cloison nasale -

(Schéma d'après J. Jacques)

deuxième plus développée, sur le vomer. Cette dernière se divise à son tour en deux branches, dont l'une descend vers le trou incisif où elle s'anastomose avec la palatine ascendante, autre branche de la maxillaire interne. »

Nous devons encore citer, comme prenant part à cette vascularisation haute, les artères ethmoïdales antérieure et postérieure, collatérales de l'ophtalmique. Elles traversent isolément les trous de la lame criblée de l'ethmoïde, et après s'être divisées sur la cloison, elles s'anastomosent, à la partie inférieure de celle-ci, avec les artères précédentes.

Plus récemment, le Professeur Jacques a repris cette étude de la vascularisation de la cloison, en insistant sur celle de la partie basse. Pour lui, la source principale serait l'artère faciale. Des dissections personnelles nous ont, en effet, permis de voir la part importante que prend cette artère dans l'irrigation de la région de la sous-cloison. Nous avons injecté l'artère faciale et nous avons suivi une de ses branches, la coronaire supérieure. Sur un de nos sujets, cette coronaire après avoir longé le bord libre de la lèvre correspondante, remontait, à un centimètre environ en dehors de la ligne médiane, et se divisait bientôt en un certain nombre de petites branches, qui abordaient la sous-cloison latéralement ou s'insinuaient entre les deux branches internes des cartilages nasaires. Puis, elles parcouraient d'arrière en avant la sous-cloison, passant dans le tissu conjonctif qui unit cette dernière à la cloison. De là, elles remontaient à la rencontre des branches sphéno-palatines venues des régions supérieures. Sur une autre pièce, nous avons vu les deux coronaires supérieures s'anastomoser sur la ligne médiane. A ce niveau, naissait une branche: l'artère de la sous-cloison, s'effilant d'arrière en avant en direction du lobule du nez, et donnant naissance à de fins ra-

meaux qui s'insinuaient entre les deux cartilages de la sous-cloison et se comportaient finalement comme dans le premier cas.

Il y a donc, dans cette région inférieure de la cloison, une zone d'anastomoses vasculaires extrêmement riche : c'est la « tache vasculaire ». Ce n'est pas le point terminal des artérioles qui parcourent la cloison, c'est un véritable carrefour où viennent se rejoindre les artères venues d'en haut et celles venues d'en bas : sphéno-palatine et artère de la sous-cloison.

Microscopiquement, les capillaires sont répartis en trois zones au sein de la muqueuse pituitaire. Une première se trouve sous le périchondre et sert à sa nutrition et par suite à celle du cartilage sous-jacent. La deuxième est en plein chorion; elle est destinée à l'irrigation des glandes qui existent à ce niveau. La troisième couche est étalée sous la basale : les capillaires venus de la profondeur de la muqueuse, se rassemblent là en troncs d'où partent des anses pour l'épithélium.

Quant au réseau veineux, il ne présente, au niveau du cartilage de la cloison, aucune particularité. La circulation de retour se fait par des troncs correspondants aux vaisseaux afférents.

Il n'est pas indifférent, en outre, d'insister, en dehors de ces précisions touchant à la vascularisation du septum nasal, sur le régime nerveux de la pituitaire. A cette riche vascularisation, correspond, en effet, une riche innervation, à la fois sensitive (nerfs de la sensibilité fournis par le trijumeau) et sympa-

thique. Fibres sympathiques et fibres du trijumeau sont mêlées au sein des mêmes ramuscules nerveux, poussant leurs ramifications ultimes jusque dans les parois des dernières divisions artérielles. C'est cette innervation végétative, une des plus développées de l'économie, qui explique, dans des conditions sur lesquelles nous n'avons pas à insister, les variations extrêmes du régime vasculaire de la pituitaire, à l'état physiologique comme à l'état pathologique, variations se marquant surtout dans cette zone de vascularisation et d'innervation maxima qu'est la tache vasculaire.

Tout en n'envisageant ici que les hématomes traumatiques, nous pensons que la production de l'hémorragie peut se trouver favorisée, dans certains cas, par des anomalies de la vascularisation de la muqueuse. (Observation XI).

CHAPITRE II

Etiologie - Pathogénie

L'hématome traumatique des fosses nasales succède à un choc ou à une chute portant sur la partie antérieure de la pyramide nasale. Choc et chute agissent rarement exactement sur la partie médiane du segment mobile pyramidal. Il en résulte le plus souvent, que celui-ci se trouve déjeté violemment d'un côté ou de l'autre. En conséquence, au niveau de la région qui nous intéresse, à savoir l'articulation interchondrale, il se produit une distorsion, pouvant aboutir suivant la violence et les conditions du traumatisme, à des effets pathologiques divers.

C'est ainsi qu'on peut constater une fracture du cartilage quadrangulaire, lequel coïncé en arrière dans le squelette voméro-ethmoïdal, se plie sous l'influence traumatisante et se rompt si celle-ci dépasse la limite d'élasticité du cartilage.

D'autre fois, par suite de la rupture des connexions fibreuses qui unissent les deux pièces cartilagineuses, l'une d'entre elles, le cartilage de la cloison quitte la ligne médiane et se luxe à droite ou à gauche, saillant dans l'une ou l'autre des fosses nasales, suivant la direction de la force traumatique.

Enfin, cette dernière a pu seulement créer une sorte d'entorse de l'articulation, sans lésion des surfaces articulaires elles-mêmes; mais la distension et la rupture des liens fibreux a entraîné une hémorragie qui a pu se faire, soit en surface, c'est l'épistaxis franche, soit en profondeur, c'est l'hématome dont il faut à présent tenter d'expliquer ce caractère curieux qu'il possède d'être bilatéral.

Nous rappellerons d'abord les théories diverses qui ont été émises au sujet de cette bilatéralité de l'hématome septal. Puis nous exposerons celle que les recherches anatomiques nous semblent permettre d'avancer.

1° *La bilatéralité de l'hématome de la cloison est due à une perforation nécrotique du cartilage quadrangulaire*

A la suite du traumatisme, une hémorragie sous-périchondrale se constitue d'un seul côté de la cloison. Or, nous savons que le cartilage de la cloison, comme tous les cartilages, ne possède pas de vaisseaux propres et qu'il se nourrit par imbibition au contact du périchondre qui le tapisse. L'épanchement sanguin, en éloignant le périchondre du cartilage,

prive donc ce dernier de son apport nutritif. La nécrose doit logiquement en résulter et cela d'autant plus que le contenu de la poche sanguine ne tarde pas à s'infecter. Très rapidement, en effet, le sang se modifie sous l'action des germes microbiens qui tendent, ici comme au niveau de toute collection sanguine, à le transformer en pus. Cette transformation septique viendra précipiter la nécrose du cartilage privé par ailleurs de ses éléments nutritifs. Ainsi, au travers de la perforation résultant de la nécrose et de l'élimination d'un fragment du squelette cartilagineux, l'hématome, d'abord unilatéral, va pouvoir passer du côté opposé, soulever ici encore le péri-chondre, constituant une saillie identique à la saillie primitive.

Il est incontestable que cette explication vaut pour un certain nombre de cas. Jurasz, puis Moure ont rapporté des observations d'hématomes de la cloison suivis de perforation. D'ailleurs, la nécrose cartilagineuse et la perforation septale sont fréquentes après l'hématome abcédé, comme nous le verrons quand nous parlerons des complications. Nous ne croyons pas, toutefois, que ce soit là l'explication de la bilatéralité de l'hématome dans la plupart des cas. *Cette bilatéralité, en effet, le plus souvent, n'est pas un phénomène d'apparition secondaire tardive.* C'est parfois de bonne heure après le traumatisme initial, que la saillie hématique a été observée dans les deux fosses nasales, à un moment où il n'est pas possible d'incriminer l'infection du sang épanché, ni même d'admettre la nécrose par ischiémie pure du

cartilage privé de son périchondre. Car, il est bon de le noter, si d'un côté le cartilage ne reçoit plus d'apport nutritif, il a gardé ses connexions périchondrales du côté opposé; et sa nutrition ne se trouve pas compromise à un degré suffisant, pour qu'on puisse admettre qu'en quelques heures parfois, il se nécrose et s'élimine. Nous pensons que, dans les cas encore une fois incontestables où la perforation de la cloison a été notée, celle-ci n'a été qu'un phénomène assez tardif et qu'avant qu'elle se fût établie, l'hématome était déjà bilatéral.

2° *La bilatéralité est due à une fracture du cartilage de la cloison, créée par le traumatisme*

Les fractures de la cloison n'ont pas été admises de tout temps. Petrequin, Malgaigne, Hyrtl les ont niées. Puis Bochdaleck, Hamilton en observèrent quelques cas. Kœppe démontra nettement leur existence, et signala que, chez des aliénés qu'il avait soignés, il avait trouvé, accompagnant une fracture de la cloison, une tumeur double située de chaque côté du septum, analogue à l'othématome et qu'il dénommait le rhinhématome. Plus tard, Zuckerkandl reprit cette question des fractures de la cloison cartilagineuse, et admit qu'elles étaient probablement la cause de la bilatéralité de l'hématome.

Un individu reçoit un choc sur le nez. La cloison, violemment refoulée d'avant en arrière, maintenue, d'autre part, solidement à sa partie postérieure par la cloison osseuse, se fléchit sur elle-même, se frac-

ture. La muqueuse, tendue du côté de la convexité, se déchire plus ou moins, et avec elle ses vaisseaux : de ce côté, se fait une épistaxis ou un hématome, quelquefois les deux en même temps, et par le trait de fracture, l'épanchement gagne l'autre face de la cloison.

On peut rattacher à un fait de ce genre, le cas cité par Chavanne, et dont nous rapportons plus loin l'observation, d'un hématome bilatéral consécutif à un tamponnement pour épistaxis. Il ne s'agissait pas là, dit Chavanne, d'un traumatisme au cours du tamponnement, car celui-ci avait été fait avec beaucoup de douceur. « Mais le sang ne pouvant plus s'écouler en dehors, à cause du tamponnement, s'était épanché en profondeur sous la muqueuse. Un hématome s'était formé du côté de l'épistaxis. Le vaisseau continuant à saigner, la pression dans la tumeur s'exerçait contre la cloison. Celle-ci n'étant pas soutenue dans l'autre narine, avait fini par céder, et par le trait de fracture ainsi produit, l'hématome s'était constitué rapidement sur l'autre face. A ce moment, il était devenu bilatéral. » Et Chavanne de conclure : « Il paraît légitime d'admettre la possibilité de la production à l'état isolé, sans épistaxis, sans tamponnement préalable, de cette deuxième phase de l'histoire clinique précédente. Si les artères du réseau superficiel se rompent, elles donnent lieu à une épistaxis, mais on peut supposer que dans certains cas, il peut exister un point faible dans la circulation profonde. Ce point pourra céder sous l'une des causes qui provoquent d'ordinaire une épistaxis,

on aura alors l'hématome. Ceci pourrait expliquer la production des hématomes idiopathiques, et en général de tous les hématomes qui n'ont pas un traumatisme à leur origine et qui ne sont peut-être que de simples épistaxis, mais où le point de rupture est profond. »

Cette théorie de la fracture de la cloison, de Kœppe, Zuckerkandl, est plus acceptable que celle de Jurasz. Elle a au moins le mérite d'expliquer la rapidité d'apparition de la double tumeur. Et on peut se demander, avec Zuckerkandl, si, dans les cas de Jurasz où il existait indubitablement une perforation du cartilage dont l'apparition précoce étonnait Jurasz lui-même, la solution de continuité n'était pas une fracture de la cloison.

L'opinion de Chavanne permettrait même de comprendre la bilatéralité d'un hématome survenu sans traumatisme extérieur. Mais nous nous demandons si la pression sanguine à l'intérieur d'un hématome peut devenir assez élevée pour fracturer un cartilage, comme celui de la cloison.

Quoi qu'il en soit, nous devons admettre, avec Zuckerkandl, que les fractures de la cloison existent réellement et qu'elles peuvent, dans certains cas, permettre à une collection unilatérale de devenir facilement bilatérale. Mais parfois, la fracture du septum n'existe pas et pourtant l'hématome est devenu bilatéral. Aucune des théories précédentes ne peut expliquer ce fait.

**3^o *La bilatéralité de l'hématome est due
à une lésion simultanée
des vaisseaux des deux faces de la muqueuse***

Cette théorie est valable pour un certain nombre de cas assurément. Toutefois, il faut une réunion de circonstances assez exceptionnellement rencontrée, pour que se réalisent ainsi en même temps, des lésions identiques sur les deux faces du septum, à la suite d'un choc ou d'une chute qui, comme nous l'avons dit, agit rarement avec symétrie sur ce segment essentiellement mobile qu'est la partie antérieure de la pyramide nasale.

*
**

En somme, de l'examen critique que nous venons de faire des diverses explications apportées jusqu'ici de la bilatéralité de l'hématome nasal, on garde l'impression que les auteurs se sont évertués à rechercher dans l'anatomie pathologique, une lésion contusionnelle, une perte de substance créée par le traumatisme, par laquelle l'hématome primitivement unilatéral, a pu filtrer du côté opposé. Nous ne croyons pas, ainsi que nous l'avons dit, que ces théories soient acceptables dans tous les cas, quand on songe surtout à la rapidité avec laquelle, dans certaines observations, la bilatéralité a été notée, rapidité que n'expliquent ni la nécrose impossible du cartilage, ni la fêlure trop étroite du cartilage, fracturé somme toute, assez exceptionnellement.

Ce n'est pas, croyons-nous, dans l'anatomie pathologique, qu'il faut chercher bien souvent l'explication, mais plutôt dans l'anatomie normale de la cloison. Une faille naturelle existe, toute prête, pour permettre, à la faveur du choc ou de la chute, le passage du sang d'un côté à l'autre. Nous l'avons signalée plus haut, et nous avons décrit les branches vasculaires issues de l'artère de la sous-cloison, qui pénètrent le tissu fibreux d'union des deux branches internes des cartilages narinaires avec le bord inférieur du cartilage quadrangulaire. Un traumatisme violent provoquera, par distorsion de cette articulation, la rupture plus ou moins étendue des liens fibreux d'union, en même temps que celle des vaisseaux. C'est là, sur la ligne médiane, au sein de ce tissu fibreux et non pas d'un côté ou de l'autre, qu'est réalisée la rupture vasculaire. C'est là que l'hémorragie prend sa source et c'est de ce point que le sang s'épanche à droite et à gauche, soulevant le périchondre sur les deux faces du cartilage, dans les narines et non pas au-dessous d'elles, car au niveau de la sous-cloison, le périchondre trop adhérent ne peut être décollé. Au reste, si l'hémorragie, au lieu d'être primitivement médiane, se faisait plutôt au dépens des vaisseaux profonds de l'une des deux fosses nasales, les dégâts causés par le traumatisme au niveau des éléments conjonctifs comblant à l'état normal la faille interarticulaire, favoriseraient de suite la filtration du sang du côté opposé à travers les fibres conjonctives désorganisées. Mais nous croyons que plus souvent, l'hémorragie se fait sur la ligne médiane, au

niveau des branches émanées de l'artère de la sous-cloison qui nous apparaît ainsi comme la véritable *artère de l'hématome*.

*
**

A côté des hématomes traumatiques, il est une autre catégorie d'hématomes, les hématomes idiopathiques, dont nous devons dire quelques mots, bien qu'ils ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet. On les voit survenir insidieusement, comme épiphénomènes au cours de certaines maladies infectieuses (grippe, typhoïde, érysipèle, etc...), ou même simplement sous l'action du froid (Lannois). On retrouve bien à l'origine de ces hématomes, un léger traumatisme, comme on peut le lire dans les observations. Mais ce n'est pas parce qu'un sujet se sera gratté le nez, qu'il devra faire un hématome. Sous l'influence de la maladie infectieuse, il se produit des réactions vaso-motrices très marquées chez certains sujets, au niveau de la muqueuse pituitaire. C'est parce qu'au niveau de sa muqueuse enflammée, il éprouve une sensation de démangeaison, de cuisson, que le malade est incité à se gratter. Et c'est aussi parce que les vaisseaux sont altérés qu'ils se rompent : la maladie infectieuse a préparé l'hémorragie, le traumatisme n'a fait que la déclancher.

Or, ces hématomes idiopathiques, comme les hématomes traumatiques, sont rapidement bilatéraux. Et s'il est des cas où indiscutablement il existait une perforation d'ailleurs assez tardive du septum, il en est d'autres (Obs. VI) où la cloison n'avait subi aucune altération.

En somme, quelle que soit l'étiologie des hématomas, il est des cas où leur bilatéralité ne peut être expliquée par aucune des théories anciennes que nous avons rappelées. Nous croyons que celle que nous apportons, rend mieux compte, chez certains blessés, de la rapidité avec laquelle la bilatéralité se manifeste.

CHAPITRE III

Symptômes et évolution

C'est rarement à son début que le médecin a l'occasion d'observer l'hématome de la cloison. Celui-ci est d'abord latent, et ce n'est qu'au bout de quelques jours, plus rarement quelques heures, que les troubles occasionnés par la tuméfaction incitent le sujet à réclamer les soins médicaux.

Celui-ci raconte que quelque temps auparavant, il a eu un traumatisme du nez. Une hémorragie externe, rapidement conjurée, s'en est parfois suivi. Puis, il lui semble que peu à peu son nez « se bouche ». Il éprouve, d'un côté tout d'abord, la sensation d'un corps étranger qu'il ne peut expulser, et très vite l'obstruction devient bilatérale. Le plus souvent du reste, le sujet se plaint déjà d'éprouver quelques maux de tête, de l'inappétence. La température avoisine 38°. Déjà l'hématome tourne à la suppuration.

Objectivement, l'apparence extérieure du nez attire

rarement l'attention. Il faut être averti pour se rendre compte que la base de la pyramide nasale est épatée, les ailes narinaires légèrement écartées et soulevées par la tumeur sanguine.

Il n'est point nécessaire pour observer celle-ci d'avoir recours au spéculum; le sujet relevant la tête, on aperçoit du premier coup, de part et d'autre de la sous-cloison, une tumeur rougeâtre qui remplit parfois les deux fosses narinaires, ou qui, assez souvent, laisse cependant encore un intervalle entre elle et la paroi externe du nez. On se rend compte alors qu'elle est bien implantée de part et d'autre de la partie inférieure du septum. Dans l'ensemble, elle offre l'apparence d'une tumeur bilobée, symétrique, dont la sous-cloison constituerait sur la ligne médiane, la bride d'étranglement.

La coloration rougeâtre peut parfois se modifier et si l'observation est retardée, la muqueuse apparaît plus pâle, terne : on a l'impression très nette que la tumeur est infectée. La fosse nasale dans l'ensemble est sèche, mais parfois, la collection, au moins d'un côté, s'est ouverte spontanément et le nez apparaît plein de pus. Le sujet, dans ces cas, est moins gêné au point de vue respiratoire et ne vient se faire examiner que si la suppuration nasale persiste.

La palpation digitale, et mieux l'examen au stylet, révèlent une sensation de mollesse, de fluctuation qui atteste la présence de liquide à l'intérieur de la tumeur. Et si, du même coup, on palpe les deux tumeurs, on remarque dans certains cas que la pression fait diminuer l'une, tandis que l'autre augmente

de volume. Tout porté alors à croire dans ces cas, que le contenu liquide d'un côté passe de l'autre, grâce à une brèche dans la cloison.

A l'incision, il s'écoule du sang et des caillots, s'il s'est agi d'un hématome pur, ou bien si le sujet a été vu tardivement, un liquide rose trouble ou parfois franchement purulent. La poche vidée, la rhinoscopie permet de constater que la muqueuse est parfois décollée assez haut. (Obs. XI). De même on peut se rendre compte au stylet qu'en un point sous la muqueuse conservée, le squelette cartilagineux a disparu.

L'évolution est en général favorable et l'incision précoce amène rapidement la disparition de toute gêne. Une huitaine de jours après, l'examen rhinoscopique ne révèle plus trace de l'affection.

Cette terminaison heureuse peut dans certains cas survenir spontanément après ouverture naturelle. D'autres fois même, l'hématome ne s'infecte pas, il se résorbe spontanément, laissant à sa place pendant quelque temps et des deux côtés de la cloison, une muqueuse épaissie.

Ou bien encore, son contenu se modifie, tend à devenir séreux. Il s'agit alors de ce qu'on a décrit sous l'appellation de kystes séreux (Garel).

CHAPITRE IV

Diagnostic

La symptomatologie que nous venons d'envisager est assez caractéristique pour rendre facile le diagnostic de l'hématome de la cloison.

On ne saurait, en effet, le confondre avec les néoplasmes osseux ou cartilagineux, d'ailleurs rares. Le siège n'est pas le même, les tumeurs malignes se développent plus profondément, plus haut sur la cloison. Elles ne présentent pas, d'autre part, l'aspect lisse d'un hématome. La muqueuse à leur niveau est bourgeonnante, leur consistance est dure et surtout leur évolution est différente : elles s'accompagnent d'un état général souvent grave.

Dans les cas peu fréquents, où l'hématome observé précocement est encore unilatéral, on pourrait au premier abord penser à une déviation ou à une crête de la cloison. L'examen au stylet qui révélera la fluctuation, la ponction qui ramènera du liquide,

lèveront tous les doutes et permettront d'affirmer l'hématome.

Il est une autre affection, celle-ci assez fréquente, qui simule assez bien l'hématome, nous voulons parler des polypes du nez. Ce sont, en effet, des tumeurs lisses, gris rosé, mollasses, pouvant comme l'hématome, entraîner une gêne considérable de la respiration nasale. Elles sont indolores et si leur volume est suffisant, elles peuvent venir faire saillie presque jusqu'à l'orifice narinaire.

Mais il est des différences qui ne permettent pas d'hésitation. Les polypes sont plus grisâtres que rouges; ils fuient en se déprimant sous le stylet et ne sont pas franchement liquides. Ils s'implantent sur la paroi externe au niveau des méats, rarement sur la cloison (polypes saignants). Enfin, leur évolution est très lente.

L'abcès chaud, d'ailleurs le plus souvent consécutif à un hématome, se distinguera de l'hématome pur par les signes généraux et fonctionnels, température, douleur qu'on ne retrouve pas dans l'hématome pur. L'inflammation, en outre, ne reste pas localisée à la cloison. Le lobule et les ailes du nez sont atteints et prennent une coloration rouge vif. Rien de semblable dans l'hématome.

Quant à la périchondrite séreuse signalée par Jurasz, aux kystes séreux de Rousseau, Garel, La-coarret, et qui ne seraient que des hématomes transformés, aux tumeurs lymphatiques dont Strazza publiait un cas en 1888, ce sont des affections rares dont le diagnostic ne peut être fait que par la ponction.

CHAPITRE V

Complications

Il n'en est qu'une seule, mais elle engendre toutes les autres : l'infection. Nous avons déjà montré que l'hématome évoluait normalement vers la suppuration. Il n'y a rien là qui soit particulier, du reste, aux fosses nasales; des germes divers existent à la surface de la muqueuse, qui expliquent par migration à l'intérieur de la poche, la transformation de son contenu. L'hématome est habituellement, au moment où on l'observe et où on l'incise, un hématome abcédé. Aussi, dans le chapitre clinique, avons-nous indiqué les signes précocement observés, qui traduisent la transformation de l'épanchement. On peut donc, dans une certaine mesure, considérer l'infection comme faisant partie de la symptomatologie même, et nous aurons seulement ici à montrer comment l'hématome abcédé, laissé à lui-même, est capable d'engendrer, tant localement du côté de l'ar-

chitecture de la pyramide nasale, qu'au point de vue général, des troubles qui sont les véritables complications.

Modifications de l'architecture de la pyramide nasale

Le cartilage, isolé au sein de l'épanchement, ne tarde pas à se nécroser et à s'éliminer. En fait, *la perforation de la cloison* est fréquemment signalée dans les observations. Elle a été observée depuis longtemps, et nous ne reviendrons pas sur l'importance qu'on lui a accordée dans l'explication de la bilatéralité de l'hématome. La minceur de la cloison dans les parties basses du cartilage quadrangulaire facilite sa destruction. Quelquefois, la perforation squelettique coïncide avec une disparition de la muqueuse, à ce niveau, et des deux côtés. A l'examen, la perte de substance est alors évidente. Mais d'autres fois, la muqueuse a été conservée et l'œil ne perçoit aucun trou dans le septum. Seul le stylet permet de reconnaître, grâce à une dépressibilité particulière, que la cloison n'est plus représentée que par les deux plans muqueux. Mais ici, nous voudrions faire remarquer toute l'imprécision de ce diagnostic au stylet, dans un point où la cloison est normalement mince et se laisse facilement déprimer sous la pression de l'instrument; et certes, on a parfois diagnostiqué une absence limitée du cartilage, là où celui-ci avait gardé toute son intégrité.

Cette perforation, quand elle siège assez en arrière n'offre que peu d'importance. Mais il n'en est plus

de même quand la nécrose étend ses ravages au bord antérieur du cartilage qui constitue l'arête du nez. Dans ce cas, les téguments, n'étant plus soutenus au niveau de la zone d'élimination chondrale, s'affaissent. La ligne du nez présente une encoche : c'est le classique « coup de hache ». Tardivement, on peut voir, au contraire, du fait de l'organisation d'un tissu fibreux rétractile au niveau de cette encoche, la pointe du nez se redresser. Ces deux attitudes ont été observées : elles constituent une complication inesthétique fort ennuyeuse.

Complications générales

On a signalé, à titre exceptionnel, et il est extraordinaire qu'elle ne soit pas plus fréquente dans une région aussi vascularisée — la phlébite des veines de la face, avec son cortège d'accidents septico-pyémiques.

Mais la véritable complication générale de l'hématome de la cloison, c'est *l'érysipèle*. Bargy, Jurasz, ont surtout contribué à montrer les relations existant entre cette affection et l'hématome abcédé. C'est au reste, une notion bien ancienne que celle des rapports entre les fosses nasales et l'érysipèle de la face. Labernadie, Vialle, tout récemment encore, ont apporté des observations en faveur de cette conception.

Mais on a surtout considéré l'érysipèle comme survenant au cours de l'évolution d'un hématome constitué depuis plusieurs jours déjà. Il nous semble, que

dans quelques cas, les relations de cause à effet demandent à être transposées : ce n'est plus l'érysipèle qui complique l'hématome, c'est l'hématome, au contraire, qui apparaît au cours de l'évolution d'un érysipèle primitif. Nous touchons là, sans doute, à la question des hématomes spontanés et nous sortirions du cadre de notre travail, si nous insistions sur les faits, classiques aujourd'hui, d'hématomes survenant au cours d'un grand nombre de maladies infectieuses. Toutefois, il est des cas, où l'origine traumatique ou spontanée de l'épanchement n'est pas évidente. Chez le malade de l'observation XI, nous voyons l'hématome succéder apparemment à un grattage des narines, mais l'examen attentif permet de reconnaître qu'il existait auparavant un état vaso-moteur anormal de la pituitaire causant de l'enchiiffrement, du prurit ; le léger traumatisme causé par le grattage n'avait été que la cause favorisante de l'hématome spontané. La constatation, dans les jours qui suivirent, d'un érysipèle de la face, permit de considérer ce dernier comme secondaire à l'hématome, et il est plus clinique, croyons-nous, en envisageant l'ensemble symptomatique, de penser qu'il s'est agi d'un érysipèle primitif à point de départ pituitaire. La rougeur des téguments voisins, survenue plus tardivement n'exprimait que la migration vers la face, d'un érysipèle primitivement muqueux.

CHAPITRE VI

Traitement

Ce qui précède, concernant la rapidité d'abcédation de l'épanchement et les troubles locaux et généraux qui peuvent en résulter, indique la nécessité d'une thérapeutique évacuatrice hâtive. L'hématome, hors de très rares exceptions, ne se résorbe pas spontanément, il faut l'ouvrir.

L'incision se fera de préférence au bistouri. Elle sera pratiquée sur toute la longueur de la poche sanguine et des deux côtés. On ne saurait, en effet, tabler sur la communication entre les deux collections, pour se contenter d'une incision unilatérale. Il y aura lieu même, dans les jours suivants, de veiller au maintien de la béance des incisions pratiquées, par lesquelles une pression suffisante aura évacué sang et pus. Un stylet, ou une mèche, introduit dans ces incisions, en empêchera la fermeture

trop hâtive. C'est dans le but de maintenir l'ouverture de la poche, que certains préfèrent l'utilisation du galvano-cautère.

La double incision, à condition d'être réalisée précocement, et suivie de désinfection (mèches imbibées d'un antiseptique ou inhalations), met à l'abri de toutes complications. Le traitement de ces dernières, disparates, sort du cadre de notre étude.

CHAPITRE VII

Observations

Nous ne rapportons pas ici, leur nombre serait trop grand — toutes les observations d'hématomes traumatiques publiées dans les thèses et mémoires, ou journaux périodiques. Nous avons seulement relevé celles, où il nous a paru que la bilatéralité de l'hématome avait été constatée dans un délai assez court, pour qu'on ne puisse incriminer à son origine la nécrose et la perforation consécutive du septum.

OBSERVATION I

(In Thèse EPAUD)

Le nommé P... entre le 9 novembre à l'hôpital de la Charité, service de M. Gerdy, remplacé par M. Jarjavay. Ce malade vigoureux raconte que le dimanche soir, 7 novembre, il a reçu de violents coups sur le nez, qui ont provoqué une hémorragie assez abondante. Il s'est appliqué des compresses d'eau-de-vie camphrée sur le point contus. A son entrée, c'est-à-dire *moins de 36 heures après le traumatisme*, on

constate une tuméfaction de la face, des ecchymoses sous-conjonctivales et sous-cutanées. Il y a gêne de la respiration par les fosses nasales, la prononciation est aussi gênée. Point de fièvre, ni de céphalée. Le nez est très gros. Le dos en est aplati d'avant en arrière. Les bords des ouvertures narinaires, surtout du côté droit, sont repoussés en dehors. La pression directe sur le nez est douloureuse et détermine la dépression de la cloison d'avant en arrière, comme si elle était fracturée. En examinant les fosses nasales, on aperçoit, à droite, une tumeur brune située sur la cloison. Cette tumeur, à parois lisses, se prolonge en haut et en arrière, elle a deux centimètres de profondeur, elle est pâteuse au toucher.

A gauche, on trouve une tumeur semblable à celle de droite, mais plus petite. L'une et l'autre de ces tumeurs sont indolentes. Lorsqu'on comprime une de ces tumeurs, elle s'affaisse, diminue de volume, tandis que l'autre devient plus grosse. Le 11 novembre, M. Jarjavay incise la tumeur de droite à sa partie la plus déclive. Aussitôt a lieu, par l'ouverture ainsi pratiquée, un écoulement d'un sang noir et fluide. Pendant cet écoulement, les deux tumeurs s'affaissent, ce qui prouve qu'elles communiquent. En même temps, la voûte du nez s'affaisse aussi. Une sonde cannelée permet de constater le décollement de la muqueuse jusqu'à la profondeur de trois centimètres environ et une solution de continuité du cartilage vers la partie inférieure. Il s'était produit une sorte de fracture dans le point le moins résistant sous l'influence de la violence extérieure. Dans la journée, l'écoulement sanguin continue et la pression sur la tumeur de gauche fait sortir le sang par l'incision faite à droite... Puis s'installent l'inflammation et la suppuration. Cependant, à la suite d'un traitement aseptique bien conduit, le malade fut guéri en une quinzaine de jours, gardant toutefois une dépression au-dessous des os propres du nez.

OBSERVATION II

(CHAVANNE)

...J'ai eu récemment l'occasion d'observer un fait, qui semble susceptible d'éclairer la pathogénie de ces cas spéciaux. Il s'agissait d'un homme d'une quarantaine d'années, de santé

excellente, qui fut pris en janvier dernier d'une épistaxis unilatérale survenue spontanément, sans aucun traumatisme, en dehors de toute infection ou intoxication. Peut-être, le malade était-il un peu hémophile, car il y a quelques années, il avait déjà eu, sans cause connue également, une épistaxis abondante.

Dans le dernier cas, l'hémorragie fut si violente et si tenace que le médecin qui soignait le malade, pratiqua le tamponnement nasal antérieur et postérieur. A la suite de cette intervention, on vit sourdre au niveau de l'angle interne de l'œil du côté correspondant à l'épistaxis, des gouttelettes de sang; puis toute hémorragie s'arrêta. Mais, *lorsque le tamponnement fut définitivement enlevé*, on constata la présence d'une tumeur en bissac emplissant les deux fosses nasales et causant une obstruction nasale considérable.

Appelé quelques jours plus tard à examiner le malade, je me trouvai en présence d'un hématome bilatéral classique. Je l'ouvris au galvano, et je donnai issue à une série de caillots. Je pus m'assurer facilement de la rupture du cartilage de la cloison, en explorant la poche que je venais d'ouvrir. J'éliminai d'ailleurs aisément tous les caillots par une seule ouverture...

OBSERVATION III

(Professeur MOURE)

Thomas E..., 3 ans, a fait, il y a 8 jours, une chute de sa hauteur sur le sol. Epistaxis peu abondante à gauche. *Le soir même*, gonflement considérable du nez; gêne respiratoire très marquée. 3 ou 4 jours après, l'enfant est mal en train, fatigué. Il se plaint de son nez qui est rouge, il fait de la température. On se décide alors à l'amener à la clinique où on constate l'obstruction des 2 fosses nasales par une tumeur molle, fluctuante. On l'ouvre aussitôt au galvano. Il en sort des deux côtés un pus crémeux sans odeur. Aussitôt les 2 poches s'affaissent. On en touche la cavité au chlorure de zinc au dixième. Dix jours après, l'enfant est guéri complètement de son affection. Il garde un peu de gonflement des parois de la cloison avec une encoche assez marquée du dos du nez sans présenter, malgré tout, la déformation en coup de hache.

OBSERVATION IV

(FLEMING in Thèse BEAUSSÉNAT)

Un jeune homme de 25 ans, se trouvant à la chasse à cheval, eut le nez violemment heurté par la tête de sa monture. Sur le moment, il eut une épistaxis abondante qui ne tarda pas à s'arrêter; et ce chasseur, ne ressentant qu'un malaise insignifiant, continua sa course. *Vers le soir et pendant la nuit*, il éprouva dans le nez une sensation de plénitude et d'enchiffrement qui ne fit qu'augmenter au point d'amener une obstruction complète des narines et de produire une grande gêne. On me fit appeler le lendemain. Les parois externes du nez étaient tuméfiées et un peu rouges, sensibles à la pression, mais sans lésions appréciables des téguments. En renversant la tête du malade et pressant légèrement sur l'extrémité libre du nez, j'aperçus dans chaque narine une tumeur rénittente d'un rouge foncé et brillant remplissant presque complètement leur cavité. La cloison nasale semblait établir une séparation entre les deux tumeurs. Cependant, je soupçonnais une communication. En effet, en passant alternativement le doigt dans chaque narine, et en pressant sur la tumeur, celle du côté opposé, devenait plus pleine, plus proéminente. Cette exploration me confirma également que ces tumeurs renfermaient un liquide.

La douleur, qui était extrême, m'engagea à pratiquer une ouverture. En conséquence, je ponctionnai avec la lancette la tumeur de droite après l'avoir rendue aussi fixe et aussi proéminente que possible. Il s'écoula du sang à demi-fluide, à demi-coagulé et par la pression, je vidai complètement les deux tumeurs par la même ouverture. Il restait encore de l'engorgement et de la tuméfaction des parties. Des applications froides, des sangsues, du repos furent prescrits. Pendant quelques jours, il resta de chaque côté de la cloison un peu de tension et de sensibilité et jusqu'à la guérison définitive il ne se présenta rien de remarquable.

OBSERVATION V

(In Thèse MORAN)

Pierre P..., 10 ans, est amené à la consultation le 12 février 1894. La mère raconte que le 9 février, son enfant est tombé

sur le rebord du trottoir. Aussitôt après la chute, l'enfant eut une épistaxis assez abondante qui fut arrêtée chez le pharmacien par l'introduction dans les fosses nasales d'un tampon d'ouate imbibé de perchlorure de fer.

Le soir même, le nez était considérablement augmenté de volume et la respiration nasale devenait de plus en plus difficile. *Au milieu de la nuit*, la mère constata que la respiration nasale était presque impossible. Néanmoins, ce n'est que le 12, c'est-à-dire 3 jours après que l'enfant fut amené à la Clinique. M. le Docteur Beausoleil constata qu'il existait dans les deux narines, une tumeur rouge, fluctuante, douloureuse à la pression. L'enfant respirait par la bouche. La voix était nasonnée. En soulevant l'aile du nez, il était facile de voir que l'obstruction des narines était complète et en faisant moucher le malade, c'est à peine s'il passait un petit filet d'air du côté droit. A gauche, la fosse nasale était imperméable. A ce moment, le cartilage de la cloison devait être déjà en partie détruit par la transformation purulente du contenu de la tumeur, si l'on en juge d'après la mollesse et le peu de résistance de ce cartilage et la facilité qu'on avait de mobiliser la partie antérieure du nez, malgré la présence de la tumeur. En présence de ces divers symptômes, le praticien n'hésita pas à porter le diagnostic d'abcès de la cloison consécutif au traumatisme. M. le Docteur Beausoleil se décida à intervenir immédiatement. Désirant savoir quels étaient les microbes pathogènes qui avaient pu détruire aussi rapidement le cartilage, il pratiqua une incision du côté gauche obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, après avoir absolument aseptisé la narine et le pus fut recueilli directement avec des pipettes stérilisées.

A l'examen au stylet, on constata la disparition du cartilage. On trouva dans le pus, de nombreuses chaînettes de streptocoques...

Le liquide séro-purulent s'écoula encore pendant quelques jours. Après des lavages antiseptiques, le malade guérit rapidement.

OBSERVATION VI

(DANTZIGER, in Thèse COLONNA)

Mlle X... est tombée malade en juin 1896. Fièvre intense, céphalalgie, grande courbature. Après 4 jours, les maux ces-

sent. Elle se lève. *Le lendemain*, elle remarque l'obstruction de son nez surtout à droite. Elle vient me consulter au bout de deux jours. A l'examen, cloison gonflée surtout à droite, dépressible avec la sonde. A l'incision, il sort beaucoup de sang, mélangé d'un liquide séro-purulent.

Cartilage dénudé. Guérison rapide.

OBSERVATION VII

(LACARRET)

Mme B... nous conduit à notre clinique sa fille âgée de 11 ans, présentant, depuis cinq semaines, une obstruction nasale très marquée. Il y avait eu un traumatisme violent du nez, suivi immédiatement d'une épistaxis abondante qui cessa d'elle-même. *Mais à partir de ce moment*, la respiration nasale devient difficile et gênée. Bien que le jour même et les jours suivants, on eut débarrassé les fosses nasales des caillots qui les remplissaient, la situation ne se modifia pas sensiblement... En relevant le lobule du nez, la mère s'aperçut bien, *dès le premier jour que l'ouverture des narines était remplie par une tuméfaction de la muqueuse*... Ce n'est qu'un mois après, devant la persistance de cet état qu'elle se décida à nous amener son enfant... Le nez est indolore. A l'examen, au spéculum, on constate de chaque côté une saillie globuleuse qui efface la lumière des fosses nasales et est constituée par le gonflement de la muqueuse de la cloison. La muqueuse présente sa coloration normale. Elle est lisse et tendue. La tumeur est molle et fluctuante... Mais par la pression d'un côté, on ne peut refouler son contenu de l'autre. Il ne paraît donc pas y avoir communication entre les deux poches. La ponction donne issue à un liquide clair légèrement rosé. L'exploration de la cloison avec un stylet montre que le cartilage est sain et ne paraît ni dénudé, ni épaissi. Les tumeurs se sont affaïssées, la respiration est devenue normale. Guérison complète au bout de quelques jours.

OBSERVATION VIII

(STRAZZA)

Un enfant de 4 ans, bien conformé et vigoureux, fait une chute sur le nez. Il survient une légère épistaxis et *dès les*

- LABERNADIE. — Abscès de la cloison après un érysipèle avec élimination d'un sequestre. (*Rev. hebd. laryng.*, avril 1926).
- LANGE et BERGMANN. — Hématomes et abcès de la cloison nasale. (*Traité de laryng. de Heymann*, 1898. Tome III).
- LUC. — Abscès sous-muqueux double de la cloison, d'origine traumatique. (*Arch. Int. O.-R.-L.*, avril 1891).
- MACKENZIE. — Hématome suppuré de la cloison avec fistule ouverte dans la bouche. (*Ann. mal. oreilles et larynx*, septembre 1908).
- MASUCCI. — Contribution à l'étude de l'hématome du septum nasal. (*Arch. Ital. di O.-R.-L.*, février 1897. *Ann. mal. oreilles et larynx*, juillet 1898).
- MORELL-MACKENZIE. — Traité des maladies du nez (*Trad. Moure et Charazac*, 1887).
- MOUNIER. — Traitement des hématomes de la cloison (*Ann. mal. oreilles et larynx*, juin 1896).
- MOURE. — Manuel des maladies des fosses nasales. (Doin, Paris, 1893, p. 187).
- Abscès chaud de la cloison. (*Ann. mal. oreilles et larynx*, mai 1888)).
- RICCI. — Hématome traumatique et abcès consécutif de la cloison. (*Bollet. dell. mal. dell' orrechio gol. e. naso*, juill. 1890. *Ann. mal. oreilles et larynx*, janvier 1891).
- SALARIS. — Hématome bilatéral de la cloison nasale résorbé, avec quelques considérations sur l'hématome et sur l'abcès (*Prat. O.-R.-L.*, août 1908).
- STRAZZA. — Un cas rare de tumeur de la cloison nasale. (*Ann. mal. oreilles et larynx*, décembre 1888).
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique. Tome I.
- TISSIER. — Le nez et l'érysipèle. (*Ann. mal. oreilles et larynx*, novembre 1892).
- TRAUTMANN. — Destruction du nez à la suite des affections du septum, surtout après l'hématome et l'abcès. (*Arch. f. laryng.* Bd XXIII, n° 3. *Ann. mal. oreilles et larynx*, novembre 1911).
- VIALLE. — Complications rares après septotomie sous-périostée, érysipèle, abcès de la cloison, épistaxis graves (*Soc. O.-R.-L.*, Paris, 12 mai 1927, in *O.-R.-L., int.*, juillet 1927).
- ZUCKERKANDL. — Anatomie des fosses nasales (*Trad. Lichtwitz et Garnaud*, Paris, 1895).

TABLE DES MATIERES

Introduction et historique	9
<i>Chapitre Premier.</i> — Anatomie - La structure de la cloison - Sa vascularisation	13
<i>Chapitre II.</i> — Etiologie - Pathogénie	23
<i>Chapitre III.</i> — Symptômes et Evolution	33
<i>Chapitre IV.</i> — Diagnostic	37
<i>Chapitre V.</i> — Complications	39
<i>Chapitre VI.</i> — Traitement	43
<i>Chapitre VII.</i> — Observations	45
Conclusions	55
Index Bibliographique	57
